

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Diretores

EVALDO CAMPOS — LINCOLN CAIRE

JONAS DE ARRUDA — LUIZ NOUGUÉ



BIBLIOTECA DA
REVISTA BRASILEIRA DE
OFTALMOLOGIA

SETEMBRO DE 1952

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

DEZ ANOS

A "Revista Brasileira de Oftalmologia", comemora, com o presente número, o seu décimo aniversário. Fundada por um grupo de oculistas, membros da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, veio preencher um claro na vida oftalmológica da Capital da República, constituindo-se o porta-vóz da nossa Sociedade. Graças a sua publicação, tem a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, podido divulgar as atas das suas sessões, os trabalhos científicos a ela apresentados e tôdas as diferentes atividades desempenhadas, levando aos oculistas de todo o Brasil, a nossa mensagem de entusiasmo pela oftalmologia e a manifestação da nossa dedicação ao estudo e ao trabalho.

Defrontando-se com grandes dificuldades econômicas decorrentes do encarecimento progressivo que tem sofrido a sua edição, a R.B.O. não decepcionou aqueles que nela acreditaram há 10 anos atrás; corajosamente, lutou e venceu. Hoje, possuída de intenso júbilo e regosijo, por plantar um marco tão significativo em sua existência, a R.B.O. espera continuar a merecer o apoio moral e material de todos os colegas, seus assinantes e colaboradores e dos seus amigos anunciantes.

Cumpre-nos deixar aqui expresso o nosso mais vivo agradecimento ao ilustre vereador Dr. Julio Catalano, a quem não passou despercebido o papel cultural e social da R.B.O. e a quem devemos a proposição à Câmara de Vereadores do Distrito Federal, de uma subvenção à Sociedade Brasileira de Oftalmologia, com o fim explícito de auxiliar a publicação da "Revista Brasileira de Oftalmologia". Com esta ajuda, a nossa Revista poderá melhorar o seu padrão técnico e material, aumentar a sua distribuição entre os colegas, fornecer gratuitamente separatas dos trabalhos publicados e assegurar a sua continuidade.

Iniciando a segunda década de publicação, pontual e ininterrupta (fato que pela primeira vez ocorre com uma Revista de Oftalmologia, no Rio de Janeiro) a Diretoria da R.B.O. sente-se, mais do que nunca, estimulada e disposta a proseguir com o mesmo "elan" dos primeiros dias, na peleja pelo aprimoramento da nossa Revista, pelo engrandecimento da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e pela elevação cada vez maior, da oftalmologia de nossa Pátria.

A DIREÇÃO.

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO XI

SETEMBRO DE 1952

NÚMERO 1

NECESSITAMOS MAIS CURSOS PARA A FORMAÇÃO DE OCULISTAS

DR. DURVAL PRADO

São Paulo.

A predominância absoluta de casos de refração sobre os demais da clínica oculística justifica a preocupação que devemos ter em adquirir uma grande soma de conhecimentos de ordem técnica que integram a difícil tarefa de prescrever bem lentes corretoras. Respiremos aqui o valor e a crítica a alguns destes conhecimentos.

Não nos esqueçamos todavia que a prescrição de lentes corretoras se baseia em conhecimentos de ordem clínica do mesmo modo que a moderna cirurgia se baseia cada vez mais em conhecimentos de fisiologia o que explica certa complexidade do problema.

E' indiscutível porém a dependência bem como a importância dos conhecimentos de óptica para o exercício da nossa especialidade no grande setôr da correção de ametropias. Deve-se talvez a este fato a pequena influência de candidatos á mesma, em particular as nossas jovens colegas do belo-sexo que com peculiares vantagens poderiam se sobressair num mister tão delicado e por isso apropriado ao seu temperamento.

Compreende-se naturalmente que nos anos de preparatórios temos apenas o tempo necessário para satisfazer os programas dos ginásios e depois de matriculados nas escolas médicas o tempo é ainda mais escasso para recapitulações, principalmente da sempre mal-quista matemática da qual o futuro doutorando se afasta cada vez mais durante o curso. Chegado ao 6.º ano ou mesmo depois de formado é que geralmente o jovem médico se define por uma especialidade e quando esta é a oftalmologia o que mais o preocupa é a parte cirúrgica, iludido naturalmente pelo que lhe é dado vêr nas

clínicas hospitalares onde a grande afluência de doentes do hinterlandio é sem dúvida devido a afecções cirúrgicas.

Nas clínicas particulares porém e principalmente nas grandes cidades onde se concentram escolas, indústrias e escritórios a predominância absoluta é de casos de vícios de refração que o jovem oculista deve dominar e atravez da sua atuação nêste árido terreno adquirir a reputação de especialista para então começar a operar cada vez mais os poucos casos cirúrgicos que lhe veem ás mãos.

Tem sido todavia falho em nosso meio o preparo de especialistas em moléstias dos olhos justamente por faltar-lhes um Curso de após-graduação que somente agora foi iniciado entre nós.

O que se observava até alguns anos passados era a procura das clínicas européias e ainda assim quase nunca para o estudo da refração em particular. Nelas pontificavam os grandes Mestres da especialidade mas eram as demonstrações cirúrgicas e as preleções clínicas que lhes absorviam a maior parte do tempo embora notabilidades em refração compuzessem os membros daquelas renomadas casas de ensino.

Nos últimos anos porém êste problema tem se apresentado diferente com o surto da escola médica norte-americana que dia a dia parece dominar tal é o poder assimilador daquêle povo. Imigrando cientistas e professôres, produzindo e aperfeiçoando toda a sorte de aparelhamento destinado ao ensino e ao exercício da clínica oftalmológica e ainda, dando autonomia didática às suas Universidades, origem de sadia competição no ensino, cresce aos nossos olhos e cada vez mais próximo de nós êste exemplo, que é também uma oportunidade sempre aberta para o nosso aperfeiçoamento.

E' sem dúvida peculiar aos oculistas de língua inglêsa um especial pendôr para as questões práticas da refração ocular inclusive a parte referente á musculatura extrínseca, complexa é verdade e por isso geralmente descurada.

Um fato ligado ao problema prático da refração que é generalizado na América do Norte e na Inglaterra é a concorrência que nêstes pases faz o optometrista aos médicos-oculistas. O optometrista é um profissional habilitado por Universidades onde existem cursos especializados para os mesmos. Teem êles o direito de medir vícios de refração podendo ainda vender aos seus clientes os óculos manufaturados em seus estabelecimentos comerciais.

Sem dúvida alguma representa êste fato exercício ilegal da medicina, problema que não temos, felizmente. Na América do Norte

onde existem mais de 20 mil dêstes profissionais sofrem êles campanha surda e legítima a nosso vêr por parte dos médicos oculistas mas a lei garante-lhes o livre exercício da sua tarefa.

No entanto julgamos que esta concorrência cria um recíproco estímulo entre as duas classes de profissionais. O optometrista confinado pelos seus conhecimentos a cuidar somente das questões ligadas á refração esmera-se cada vez mais para vêr aumentado o número de seus clientes; o oculista que com êle compete fica no dever moral de suplantá-lo o que significa na parte referente á refração dominar os segredos da óptica aplicados á prática da prescrição e adaptação de lentes corretôras.

Em nosso país ainda são motivos fortuitos que levam bom número de recém-formados a praticar a clínica oftalmológica bastando-lhes para tanto a posse do diploma de médico. Alguns nem mesmo um verdadeiro estágio em clínica especializada chegam a cumprir e ainda que o fizesse seria naturalmente falho na parte referente ao trato dos vícios de refração. Para o complemento lógico e proveitoso dum estágio em clínica oftalmológica é que se impõe a instituição de cursos regulares, obrigatórios, onde seria feita a revisão metódica da óptica geométrica e fisiológica completada pela fisiopatologia dos vícios de refração, da musculatura extrínseca e mais a arte de formular lentes corretôras.

Assim como um aparelho ortopédico qualquer só preenche os seus fins quando executado por técnicos sob as vistas do especialista que o prescreveu o que subtemde cooperação honesta de ambos, tamlém um bom número de óculos por nós receitados só poderá produzir os resultados desejados quando prescritos e executados dentro das exigências da técnica o que impõe perfeito entendimento entre o óptico e o oculista. Surge com isto a necessidade que tem o oculista de conhecer certos problemas de óptica afim de não incidir em êrros ou mesmo superfluidades ridículas perante o óptico e desnecessárias ao seu paciente. Desconhecendo êstes problemas fica o oculista desprovido de meios para criticar devidamente o que lhe vem ás mãos para o devido visto ou, o que ainda é pior, recusa de

modo formal o que não soube julgar redundando ambos os casos em prejuízo do seu paciente que não raro acaba suspeitando da insegurança do seu médico.

Conhecemos em nosso meio e por experiência própria oculistas que se esforçam em descrever as dimensões duma ponte de óculos quando um óptico experimentado requer apenas alguns minutos para a sua escolha. Acrescente-se a isto que aquêle expediente, inoperante no que tange á estética só teria valor em casos especiais de lentes fortes. Uma exigência de grande alcance nêstes casos é a distância exata entre a córnea e a lente o que nos leva a indicar lentes de bases diferentes. E' o caso da miopia forte onde geralmente é contraproducente o emprêgo de lentes toricas ou meniscos de base 6 visto o inevitável afastamento entre a córnea e o centro óptico das lentes com prejuízo da imagem retiniana.

Nêstes casos como também nos bifocais ou de lentes contra a afaquia deve o oculista exigir a volta do cliente com os óculos ao consultório para a devida vistoria. Surge nêste momento um certo número de problemas que devem ser esclarecidos. O mais vulgar dêles é a maneira pela qual o oculista verifica a exatidão das lentes. Usando como os ópticos, o vertômetro torna-se geralmente pacífico êste ponto enquanto pela neutralização surgem conflitos causados pela forma incorreta por muitos empregada que consiste em colocar as lentes da caixa contra o ápice (face convexa) da lente a examinar quando o correto deve ser contra a face côncava reduzida naturalmente ao mínimo a distância entre ambas. Acrescente-se que neutralizar lentes fortes é operação difícil mesmo para os mais experimentados. E' imprescindível reconhecer previamente o centro óptico da lente a ser examinada e (teoricamente) trabalhar com lentes de prova de calibre reduzido. Em nossa prática tivemos algumas vezes de fazer lentes decididamente erradas somente afim de obtermos o visto. Temos sabido da impugnação de receitas de óculos bifocais com lentes de astigmatismo forte sob a alegação de os centros ópticos da parte destinada á leitura não corresponderem exatamente á medida exarada na receita. Êste fato ocorre realmente sempre que o eixo da parte astigmática é de direção oblíqua. Uma devida rotação prévia do bloco bifocal que eliminasse aquela diferença colocaria o segmento da leitura em situação antistética e sobretudo desconfortável pelo aparecimento de aberrações.

Há colegas que no propósito discutível de reconhecerem nas lentes por êle receitadas a marca da fabricação desejada, pedem na re-

ceita a conservação das letras que as identifiquem sem com isto atentarem para a imperiosidade que tantas vezes há de reduzir-se o calibre das mesmas.

Um dado constante nas receitas dos médicos oculistas é a distância interpupilar que nos óculos deve corresponder á distância entre os focos das lentes. A êste ponto já temos feito referência em publicação anterior criticando precisamente a maneira que muitos ainda empregam para a sua verificação.

Desconhecendo, o que aliás não oferece dificuldade ou não querendo determinar previamente nas lentes dos óculos os respectivos centros ópticos para então medir o seu afastamento, jamais se fará a verdadeira medida daquilo que se pediu como distância interpupilar. A medida pela maneira que geralmente se faz ou seja aquela entre as centros dos aros nada nos diz da situação dos centros ópticos das lentes. E' necessário insistir nêste ponto falando a iniciantes.

Muitas vezes o óptico é forçado a fornecer armações cujos centros geométricos dos aros excedem ou não alcançam o número de milímetros pedidos na receita. Que deverá nestes casos fazer o óptico tendo em mãos a armação perfeitamente adaptada ao rosto do paciente ?

Descentrar corretamente as lentes para que os focos obedeçam á distância pedida na receita embora maior ou menor se apresente a distância entre os centros dos aros. Por isso necessita o oculista reconhecer nas lentes o centro óptico sabendo-se que atualmente a descentração é operação corrente devido ao maior uso de lentes sem aros e mesmo de aros muito grandes.

No entanto ainda há colegas que não aceitam lentes descentradas sob a alegação de assim não as ter receitado. Em compensação põem visto em receitas depois de examinarem óculos especialmente feitos para êste fim enquanto seu paciente usará outros óculos com armação de dimensões adequadas ao seu rosto com lentes devidamente descentradas o que significa técnica e esteticamente bem servido.

Em época já distante tivemos algumas vezes óculos devolvidos sem o necessário visto por que o oculista havia encontrado uma diferença de meio milímetro na distância (medida entre os aros). Ora, semelhante êrro somente teria valor ponderável em caso de lentes muito fortes ($1/2$ m/m produz $1.^{\circ}$ de prisma em lente de 20 D.). Raramente tais ametropes conservam ainda a visão binocular normal para virem a padecer de tão insignificante diferença. Que se deve pensar daquêles que recusam dar visto em receita de lentes de meia

dioptria por terem encontrado diferenças de 1 ou 2 milímetros ? Pois bem, já vimos recusada receita de óculos com lentes plano-cilíndricas a 180º por diferenças daquela natureza.

No entanto nunca tivemos de volta do oculista sem visto um óculo por ter os focos em alturas diferentes; neste caso sim, é mais importante o fato por se produzirem hiperforias tão mal toleradas mesmo em graus fracos.

Por êstes exemplos compreende-se a necessidade entre nós de Cursos de após graduação para oculistas que abranjam também a parte técnica referente a adaptação e verificação de lentes corretoras.

O desenvolvimento da óptica em nosso meio onde se encontram alguns estabelecimentos comerciais de elevado padrão de serviço, contando com técnicos capacitados para a manufatura e adaptação de qualquer tipo de lente oftálmica, constitúe sem dúvida excelente índice de progresso do nosso povo cujo conforto e perfeita assistência muito exigem da nossa cultura de especialistas.

Rua Itapicuru, 31 — São Paulo.

INTRODUÇÃO A ORTOPTICA — HETEROFORIAS (*)

DR. RAPHAEL BENCHIMOL

Muito embora a prática da ortóptica date de trinta anos, constituiu sempre para a Humanidade um sério problema, o tratamento dos estrábicos. Assim é que, desde a Grécia antiga já existia u'a máscara com orifícios colocados em frente aos olhos, numa tentativa para a cura do estrabismo. Séculos mais tarde, AMBROISE PARÉ na França utilizava invenção semelhante. Em 1743, BUFFON recomendava a oclusão do olho fixador, para "forçar" o uso do olho desviado. Em 1838, WHEATSTONE inventava o estereoscópio, ao qual JAVAL mais tarde aplicava ao tratamento do estrabismo. DONDEERS em 1864, estudou a relação entre a acomodação e convergência, caracterizando os estrabismos acomodacionais e sua correção óptica. PRIESTLEY, SMITH, WORTH, seguindo a técnica de JAVAL, iniciaram na Inglaterra êste novo método. Finalmente com a criação por WORTH, do amblioscópio, e com o advento dos grandes amblioscópios do tipo do sinoptóforo, do sinoptoscópio e do ortoptoscópio, ficou definitivamente assegurada à Ortoptica, um novo ramo na Oftalmologia.

Durante a última Grande Guerra, prestou relevantes serviços às forças armadas, principalmente ao pessoal aeronavegante e a todos aquêles em que uma visão binocular normal era exigida para suas tarefas.

A ortóptica é considerada como um método para o tratamento das anomalias da visão binocular, quer os desvios se apresentem aparentes — estrabismos — ou latentes, como nas heteroforias.

(*) 1.ª palestra da «Semana da Ortoptica», promovida pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

A visão binocular é o resultado do “uso coordenado dos dois olhos separados, produzindo uma única impressão mental”. Esta coordenação é controlada por um complexo e delicado mecanismo neuro-muscular. A visão binocular está ausente no recém-nascido, desenvolvendo-se aos poucos, até chegar a perfeita coordenação aos cinco anos. Existe assim, uma grande diferença entre vêr com os dois olhos e ter visão binocular, reservada esta última aos vertebrados superiores e ao homem. Os animais inferiores com dois olhos independentes, têm dois campos visuais separados e melhor visão panorâmica do que nós. Seus nervos ópticos sofrem uma completa decussação, portanto a excitação de uma retina é transmitida para a do lado oposto. Nos vertebrados superiores e no homem, os dois olhos têm uma considerável parte do campo visual em comum, consequente de uma decussação parcial das fibras do nervo óptico.

Para uma perfeita compreensão das perturbações do equilíbrio binocular é fundamental conhecer a fisiologia do aparelho motor e sensorial dos olhos, a mecânica ocular, os reflexos binoculares. A visão binocular atinge assim o máximo de perfeição, através uma boa harmonia entre o aparelho sensorial e o aparelho motor dos olhos.

A função primária do aparelho motor, é transportar as imagens retinianas periféricas para as áreas de melhor acuidade visual, isto é, mácula ou proximidades. O mais alto grau de visão binocular, está representado pelos movimentos de fusão. BIELSCHOWSKY diz que os movimentos de fusão são induzidos pelo estímulo de fusão. O poder de fusão varia entre pessoas, como também na mesma pessoa, em diferentes situações. Assim, o estímulo de fusão não cede após ter sido suprimida a visão binocular, na investigação da foria, por exemplo. Este estímulo diminui lentamente, ficando sempre uma foria residual; daí as dificuldades encontradas na prática da forometria, e os resultados muitas vezes contraditórios entre os achados encontrados pelos oculistas, num mesmo paciente.

Além das relações anatômicas no estudo da fusão, do impulso inervacional, temos a considerar ainda o impulso voluntário, a associação acomodação-convergência, as conexões entre os sensórios corticais e centros óculo-motores, entre o aparelho vestibular e núcleo óculo-motor.

TERMINOLOGIA DAS HETERORIAS

Uma grande variedade de nomes já foi proposto para a designação das forias. Assim é que HOFMAN chamou de “fusão independente”, CHAVASSE de “posição desassociada”, BIELCHOWSKY de “posição repôso relativa” e “posição anatômica de repôso”, MADDOX de “dissociação dos olhos”, “estrabismo latente” e muitos outros. Contudo ficou como sendo a mais usual, a denominação de heteroforia, ou mais simplesmente de foria, para designar uma condição em que os olhos deixam de manter sua direção normal, quando o estímulo da visão binocular é interrompido.

Podemos dividir as forias em:

- 1) Desvios horizontais latentes $\left\{ \begin{array}{l} \text{endo ou exoforia (concomitante)} \\ \text{anisoforia (não concomitante)} \end{array} \right.$
- 2) Desvios verticais latentes — usualmente não concomitantes.
 - a) Hiperforia direita com hipoforia esquerda.
 - b) Hiperforia esquerda com hipoforia direita.
 - c) Hiperforia alternante, anaforia, ou dupla hiperforia.
 - d) Hipoforia alternante, cataforia ou dupla hipoforia.

Com relação aos desvios horizontais latentes, na pesquisa para longe, temos maior número de endoforias do que de exoforias, bem como maior compensação em graus mais elevados de endoforias. É muito difícil, sinão impossível fixar em números, o quanto é capaz de suportarem os olhos tal tipo de foria. As forias verticais contudo, são de ordinário muito fixas, e de grau muito reduzido. Assim é que acima de uma dioptria de hiperforia, já se pode considerar como patológica, revelando quasi sempre uma paresia de um ou mais músculos extra-oculares verticais. As endoforias acima de 6.0 dioptrias e exoforias acima de 5.0 d., já podem trazer perturbações sérias da binocularidade. Êstes são os gráus máximos permitidos na seleção do pessoal aeronavegante, quer militar ou da aviação comercial. Contudo se formos seguir na prática êste critério quasi matemático, admitiremos como aviadores, indivíduos “normais” dentro dêste esquema, e que estão absolutamente descompensados, embora

apresentem pequenos graus de heteroforia, enquanto iremos incapacitar outras, que apresentam graus mais elevados, e que estão perfeitamente compensados. A conclusão a tirar, é de que não interessa sob o ponto de vista clínico, o estudo estático da foria, e sim o aspecto dinâmico, se está compensada ou não.

3) Desvios torsionais latentes

$$\text{Cicloforia} \left\{ \begin{array}{l} \text{Cicloforia plus ou excicloforia} \\ \text{Cicloforia minus ou incicloforia} \end{array} \right.$$

Enquanto consideramos as demais forias, como uma tendência para o desvio dos olhos no plano horizontal (endo ou exo) ou no plano vertical (hiperforias), a cicloforia é considerada como uma tendência para o desvio do meridiano vertical da córnea para o lado temporal — excicloforia ou cicloforia plus — ou para o lado nasal, incicloforia ou cicloforia minus. A cicloforia quase nunca vem isolada, apresentando-se na maioria das vezes, associada a uma componente vertical. A cicloforia pode apresentar-se do tipo acomodacional, devido a vícios de refração, principalmente astigmatismo obliquo, ou cicloforia essencial, intrínseca ou inervacional de causa anatômica.

A ortoforia é assim um estado ideal, praticamente inexistente. A pesquisa da forometria revela quase sempre pequenos graus, sem outra significação. Anatômicamente a posição de repouso dos olhos, bem como no sono profundo ou na anestesia, é de pequena divergência, acrescida de sursumvergência.

As forias podem assim apresentar uma causa anatômica, estrutural, ligadas as anomalias da órbita, aos músculos extra-oculares, ao fascia, aos ligamentos, enfim as relações anatomo-topográficas entre globo e anexos. A distância inter-pupilar acentuada, apresenta tendência para a exoforia, enquanto a pequena distância inter-pupilar para a endoforia. A foria pode apresentar-se ainda por perturbação do reflexo acomodação-convergência, como na maioria dos casos, como também por incoordenação do mecanismo neuro-muscular.

MÉTODOS DE EXAME

Todos os métodos de investigação das forias, estão baseados na supressão temporária da visão binocular. É preciso lembrar também, que apenas uma fração da foria se torna manifesta, ficando sempre

uma foria residual. Temos inúmeros métodos para a forometria, objetivos e subjetivos, e aparelhos simples e complicados. Ao oculista — afirma BIELSCHOWISKY — familiarizado com a fisiologia do aparelho motor e sensorial dos olhos, é dispensável o uso de aparelhagem complicada.

Passemos em revista os principais métodos empregados entre nós:

A) "Cover test" ou da oclusão alternada, em que o examinando fixando um estímulo luminoso a seis metros, ou a 33 cm., tem um de seus olhos ocluído por um cartão. Observa-se o movimento do olho por ocasião da retirada do cartão. É uma pesquisa grosseira, um teste qualitativo, que contudo nos fornece elementos de grande valor. Tivemos com êle, bons resultados principalmente nas forias horizontais e quando elevadas (acima de 5 d.) e resultados sofríveis nas hiperforias. Um fato importante a ser observado é a recuperação da fixação binocular, quando retirado o cartão ocluidor, si rápida ou lenta, mostrando que o reflexo fusional é capaz ou não de corrigir a tendência para o desvio, traduzindo assim a amplitude de fusão.

MARLOW advogou a oclusão prolongada de um, ou de ambos os olhos, durante várias semanas até a prova definitiva. Os graus de forias encontrados com esta oclusão demorada aumentaram muito e uma componente vertical, antes não assinalada, passou a ser constatada frequentemente.

a) Forômetro de STEVENS, constituído de dois prismas de 5.0 dp. num suporte fixo, com uma escala de leitura direta. Deve ser utilizado com o cilindro de MADDOX.

c) Duplo prisma de MADDOX, constituído por dois prismas de 4 dp. unidos pela base. Quando colocado no olho, causa uma diplopia monocular, e uma terceira imagem aparece correspondendo a do olho sem prisma. É mais um teste para o estudo das cicloforias.

d) Teste do vidro vermelho — Para a pesquisa das forias e tropias. O paciente fica a 75 cm. com um vidro vermelho em O.D., enquanto uma luz é trazida para a tela, pesquisando-se nos oito meridianos principais. O examinando vê uma luz vermelho-esbranquiçada quando possui bom equilíbrio muscular; na foria com baixa de fusão ou em caso de tropia sem supressão, o paciente vê uma luz vermelha e outra branca.

c) Teste vermelho-verde de LANCASTER, uma variante deste método.

f) Escala tangente de MADDOX, um teste subjetivo em que o examinando informa em que número está cortando o traço luminoso.

g) Asa de MADDOX para a pesquisa da foria de perto.

h) Cilindro de MADDOX e prisma rotatório de RISLEY. Um método simples e eficiente, sendo por nós utilizado como rotina.

Feita a pesquisa da foria para longe e perto, verifica-se o ponto de convergência. É uma pesquisa simples que poderá ser efetuada com a régua de PRINCE, que nada mais é do que uma régua milimetrada com um pequeno estímulo branco, no bordo superior. Até um lapis, ou mesmo o dedo, serve para testarmos o ponto de convergência. A pesquisa deve ser feita duas ou três vezes, pois pode acontecer que o paciente com grande esforço, mantenha os seus olhos em convergência, porém na segunda já não o faça com a mesma presteza, porque sua convergência é fraca. Consideramos como insuficiência de convergência, quando esta ultrapassa a distância inter-pupilar, ou melhor toda medida acima de 60 mm. Existe uma fórmula para determinarmos o ângulo de convergência com precisão, representada na seguinte fórmula:

$$\frac{1/2 \text{ d.p.} \times 100}{\text{PCB}} + 3 = \text{ângulo de convergência}$$

Considera-se insuficiente um ângulo de menos de 40°. Esta é uma fórmula pouco usada, pois as medidas anotadas acima são bastante eficientes para um bom critério clínico. Mede-se também a acomodação para verificar-se a relação entre a acomodação e convergência. Com estas medidas, podemos avaliar si se trata de uma foria concomitante, isto é, aquela em que o ângulo de desvio é sempre o mesmo, seja a pesquisa feita no olho fixador ou não; hoje contudo aceita-se pequenas diferenças nestas medidas, pois o estímulo de fusão do olho dominante é sempre maior do que o do não dominante. Podemos também ter uma foria não concomitante, de causa parética, em que o tratamento ortóptico é insuficiente.

Nas forias concomitantes, é indispensável sabermos si está havendo excesso ou insuficiência de convergência ou divergência. Assim uma exoforia para longe menor do que a de perto, indica uma exoforia por insuficiência de convergência; na exoforia por excesso de

divergência os resultados para longe, são maiores do que os de perto. Nas endoforias com insuficiência de divergência, os achados para longe são maiores do que os de perto, enquanto aquelas devido ao excesso de convergência, verifica-se o contrário.

Realizadas tôdas estas medidas, o paciente deverá ser colocado no sinoptóforo, para verificarmos si existe supressão; quando apresenta uma grande área de supressão o leão pula fora da jaula, porém quando esta é pequena o leão está dentro da jaula, porém aparece e desaparece. Medimos ainda a adução e a abdução, correspondendo a soma das duas a amplitude ou reserva de fusão.

Nas forias de longa duração, existe uma tendência para a supressão, devido a rivalidade retiniana. Podemos observar êste fenómeno com o cilindro de MADDOX, em que o paciente ora vê um estímulo, ora outro, ou vê o traço luminoso, pulando de um lado para o outro, devido a uma supressão central.

Verificamos que na prática, não existe um linha de demarcação bem nítida entre foria e tropia. Uma heteroforia pode, rompido o seu equilíbrio binocular, transformar-se em um estrabismo intermitente ou constante. Casos existem que a visão binocular existe para perto, e estrabismo para a distância.

ETIOLOGIA DAS HETEROFORIAS

A idade é um importante fator a ser considerado. Nas primeiras semanas de vida, existe uma tendência para o olho divergir, devido a visão do recém-nascido ser muito precária. Na infância e adolescência usualmente converge, porque os reflexos são muito fortes. Na idade adulta a tendência para a coordenação, ora divergindo ou convergindo. Depois dos 40 anos, há tendência para divergir, consequente a diminuição da elasticidade do cristalino e da diminuição da convergência, devido a debilidade muscular. Assim a endoforia é mais comum que a exoforia nos jovens, enquanto a exoforia é mais comum nas pessoas de idade avançada.

A refração é outro fator de grande importância. Na endoforia em que existe um aumento da acomodação, para vêr mais claramente, como no caso da hipermetropia bilateral, ou no aumento da convergência como na miopia bilateral congênita. Na exoforia com miopia bilateral adquirida, existe diminuição da acomodação. Pode também existir diminuição da acomodação de um olho e diminuição

da convergência de outro, como no caso da antimetropia, no qual o olho dominante é o míope.

Os fatores fisiológicos também podem intervir, tais como a hiperacção ou a hipoacção de um ou mais músculos, a excessiva aplicação dos olhos para perto, trazendo uma endoforia.

Os fatores de dissociação, tais como acontece nos relojoeiros e microscopistas que usam um só olho, trazendo uma exoforia com supressão.

Também nas doenças musculares, nervosas, tumores cerebrais, neuro-sífilis, esclerose múltipla, nas desindocrinias, temos as forias geralmente de tipo não concomitante.

Em casos que o treinamento ortóptico não melhore os sintomas, e estes permaneçam exagerados, deve-se pensar em aniseiconia.

SINTOMATOLOGIA

Podem os sintomas serem classificados em 3 grupos: 1.º) sintomas causados por fadiga muscular, devido ao uso continuado do poder de reserva muscular; 2.º) sintomas devido a incapacidade de manter a visão binocular e 3.º) devido a sensações posturais defeituosas, conseqüente a alterações do tonus muscular. No 1.º grupo de sintomas, aparecem as cefaléias, dores oculares, atribuídas aos músculos que estão fazendo um esforço excessivo. Já houve quem pretendesse estabelecer relações entre a cefaléia o tipo de foria. Assim na endoforia a cefaléia seria frontal, na exoforia, occipital e na hiperforia a dor seria no próprio olho. Tem também o paciente dificuldade na focalização quando o olho é trazido de longe para perto, e vice-versa, devido a perturbação da acomodação, ligado ao distúrbio da convergência. A fotofobia é outro sintoma que pode estar presente, não melhorando com o uso de óculos escuros, e sim com o fechamento dos olhos. Quanto aos sintomas por incapacidade de manter a visão binocular, temos a turvação à leitura, dificuldade na passagem de uma linha para a outra, diplopia intermitente e até estrabismo intermitente sem diplopia, que não é percebido pelo paciente. Com referência aos distúrbios das sensações posturais, temos aqueles representados pela dificuldade na avaliação das distâncias. Assim é que os aviadores com endoforia apresentam uma tendência para “entrar de roda” na ocasião da aterragem, e os exofóricos para “entrar de cauda”.

TRATAMENTO ORTÓPTICO

Apesar de constituir uma grande arma para o tratamento das forias, êle por si só muitas vezes não soluciona, necessitando o recurso da cirurgia. É preciso lembrar sempre, embora em menos proporção para as forias, que é preferível uma visão monocular confortável, a uma visão binocular desconfortável. O tratamento ortóptico consiste em exercícios de reeducação visual, visando a restauração da visão binocular normal no estrabismo, ou melhorando-a nos desvios latentes, aumentando o poder muscular, melhorando a acomodação e a convergência, o poder da fusão, não restaurando contudo a função, quando o músculo está paralisado. Os exercícios estão mais diretamente ligados aos centros cerebrais superiores, do que propriamente aos músculos extra-oculares. CANTONNET dá um grande valor ao "esforço mental", tanto assim que mandava aos seus pacientes, fixarem mentalmente um objeto distante, um navio por exemplo muito longe e aos poucos irem mentalmente trazendo para perto. O valor do esforço mental assinalado acima, pode contudo ser obtido por intermédio de aparelhos do tipo do diploscópio e do separador de REMY.

Em todo o tratamento ortóptico, temos exercícios realizados em consultório e na residência. Os exercícios em consultório são feitos com o sinóptóforo ou aparelhos semelhantes, com o telebinocular, tel-eye-trainer, prismas e na residência com o separador de REMY, diploscópio, estereoscópios vários, exercícios de diplopia fisiológica, de convergência com pequenos estímulos, etc.

Na endoforia, seja por excesso de convergência ou por insuficiência de divergência, fazemos primeiramente exercícios de abdução em slides de fusão. Quando o paciente apresenta boa divergência, exercícios de convergência são feitos para manter uma boa amplitude de fusão, assegurando perfeita relação acomodação-convergência. O separador de REMY para treinos em casa, mandando o paciente fixar um objeto além de 6 mts. dá muito bons resultados. Quando a estrela está dentro do círculo, a acomodação e a convergência estarão em amplo relaxamento. Podemos também usar no separador de REMY as lâminas com as letras *F* e *L*, que pela diplopia fisiológica fará aparecer um *E* mediano e surgirá a palavra *FEL*. No telebinocular podemos usar os slides com efeito de base interna. As endoforias associadas à miopia, são mais difíceis de serem tratadas; às grandes endoforias, acima de 10 dioptrias, que não diminuem pelo tratamento

ortóptico, deverá ser feito a recessão do reto interno. Depois então fazemos abdução e passamos a usar lentes negativas nos exercícios. É preciso frisar que a refração deverá ser feita com todo o cuidado e sob cicloplegia; si hipermetropes, a correção total deverá ser dada. O tipo comum de endoforia é acomodativo.

A exoforia, seja devido a insuficiência de convergência ou a excesso de divergência, é o mais frequente distúrbio acompanhado de baixo poder de fusão. Seu tratamento é semelhante ao da insuficiência da convergência. Há casos contudo, que apesar de grande exoforia, os pacientes apresentam boa adução. O treinamento nestes casos, não daria mais convergência aos pacientes do que eles possuem, e pouca melhora dos seus sintomas se verificará, necessitando da cirurgia para a cura completa. Na exoforia podemos usar no sinóptforo, os slides de fusão e fazer exercícios de adução para aumentar o poder de convergência. Quando o paciente chega a 70 e a 80 pr. dp., fixa-se o aparelho e desloca-se no sentido lateral, para estimular a fusão nos campos laterais. Quando o paciente responde mal aos primeiros exercícios, coloca-se — 3.0 esf. nas oculares do aparelho; sabemos que o paciente vendo através os slides sua visão está ajustada para longe. Adicionando — 3.0 esf. o paciente acomoda 3 dp. e converge 3 ângulos métricos. Melhorando o poder de convergência, são retirados os vidros negativos. Os exercícios em casa, para estimular a fusão extra-macular, a convergência, com o uso do diploscópio, de estereoscópicos, ou da vergência voluntária, com o dedo, um lapis ou qualquer outro estímulo são benéficos. A barra de leitura só será aconselhada quando existir supressão macular persistente com pequena foria.

A hiperforia é raramente do tipo concomitante, somente de 1 até 2 dp. no máximo podemos considerá-la como tal. Acima de 2 dp. revelam paresia dos músculos verticais. A indicação do treinamento só será feita nas hiperforias de causa espástica. Nas demais a indicação cirúrgica será aconselhada. Também a prescrição de prismas deverá ser feita, dividindo-se a correção pela metade, e utilizando no olho hiperfórico prisma de base inferior e no hipofórico prisma de base superior. Não devemos receitar prismas acima de 4 dp., e investigar sempre si existe uma componente horizontal. As forias verticais causam muito maior desconforto do que as horizontais.

A insuficiência da convergência é uma entidade clínica separada, embora possa vir associada com endo, exo ou hiperforia ou sem

associação alguma. A insuficiência da convergência não deve ser confundida com a paralisia da convergência, entidade rara, presente nas doenças do sistema nervoso central — parkinsonismo, acidentes cerebrais — caracterizada por cefaléia frontal, dôr ocular, diplopia, náuseas, dificuldade na focalização dos objetos. Os exercícios no sinoptóforo para a insuficiência da convergência, dão excelentes resultados, e há quem afirme que si o paciente necessitar de mais de 6 tratamentos, devemos nos considerar péssimos ortópticos.

A instabilidade binocular, também acompanhada ou não de foria, manifesta constante quebra de fusão. No sinoptóforo o paciente as vezes apresenta boa amplitude de fusão, na primeira pesquisa. Repetindo-se a prova, não mais apresenta bom resultado; na pesquisa dos movimentos laterais no sinóptoforo há diplopia. Os exercícios dão bons resultados.

Os indivíduos hipermetropes com espasmo de acomodação, usando vidros negativos, melhoram com exercícios no sinóptoforo, adicionando nas oculares do aparelho lentes de $+1.0$ até $+3.0$ dp.

NOSSA EXPERIÊNCIA

Feita num grupo ideal, pois a sua grande maioria é constituída de aviadores civis e militares, isto é de pacientes que têm necessidade de uma visão binocular normal por fôrça dos regulamentos da nossa aviação militar, ou para a aviação comercial e de turismo pelas normas internacionais da ICAO. Temos registrados em nosso fichário, 49 casos de forias com indicação para tratamento ortóptico; destes 35 tiveram alta com melhora subjetiva e objetiva, reduzida a sua foria ao permissível para sua aprovação nos exames da Aviação; 6 desistiram do tratamento e 8 não apresentaram melhora objetiva; 4 indicações cirúrgicas foram feitas, porém apenas 2 submeteram-se a intervenção com pouca melhora. As queixas eram principalmente de cefaléia, na maioria das vezes frontal ou ocular, mais raramente occipital, diplopia após fadiga para perto ou longe, dificuldade em escrever na mesma linha, ou quando passava de uma para outra linha.

Temos ainda o caso de uma jovem de 25 anos, J.P.B., usando óculos há 5 anos, porém de 2 anos para cá procurava o seu oculista cada seis meses, que lhe modificava sua receita. Há 5 meses apareceu-lhe diplopia após esforço, tendo ultimamente se acentuado este seu estado. Trazia uma correção de miopia — 3.0 em AO com uma

correção cilíndrica de -1.50 . A correção feita com cicloplegia, após 3 dias com atropina, revelou uma hipermetropia de $+2.0$ dp. com pequeno astigmatismo. Apresentava uma exoforia de 3 dp. para longe, e 8 para perto com um PO de 120 mm. Foi receitada a nova correção, e treinamento no sinóptoforo, curando-a da diplopia em 10 tratamentos.

O tratamento ortóptico tem assim nas heteroforias, sua grande indicação, recuperando pacientes para os quais a visão binocular normal é fundamental para o exercício de sua profissão.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER, F. H. — Physiology of the eye; clinical application. Mosby 1950.
- 2) BIELSCHOWSKY — Lectures on motor anomalies — Am. J. Ophthal. Ano 1938 — pgs. 843, 1129, 1219 e 1329.
- 3) DOGGART, J. H. — Diseases of children's eye — Kimpton, 1947.
- 4) DUKE-ELDER W. S. — Text-book of ophthalmology — Vol. IV, Kimpton, 1949.
- 5) GESELL, A.; FRANCE, L. I.; GLENNA BULLIS — Vision. Its development in infant and child. 1950.
- 6) KRIMSKY, E. — The management of binocular imbalance — Philadelphia, 1948.
- 7) LANCASTER, W. B. — Retraction and motility — Springfield — Illinois.
- 8) LANCASTER, W. B. — Fifty years experiences in ocular motility — Am. J. Ophthal., pgs. 485, 619 e 741 Ano 1941.
- 9) LYLE, T. K. e JACKSON — Practical orthoptics in the treatment of Squint. Blakiston, 1949.
- 10) MAYOU, B. — Curso de tratamento ortóptico. Policlínica Geral do Rio de Janeiro.
- 11) NICHOLLS, J. V. V. — The relationship of heterophoria to depth perception in aviation. Am. J. Ophthal. Vol. 33 — Outubro, Novembro e Dezembro, 1950.
- 12) OGLE, K. N. — Researches in binocular vision — 1950.
- 13) PETER, L. C. — The extra-ocular muscles — Philadelphia, 1942.
- 14) RIDLEY F., SORSBY A. e colabs. — Modern trends in Ophthalmology.
- 15) SCOBEE, R. — The oculorotary muscles. St. Louis, 1947.
- 16) SÉBAS, R. e BENCHIMOL, R. — O olho humano nas altas velocidades. Revista Médica da Aeronáutica. Ano IV — N.º 2 — Junho, 1952.
- 17) SÉBAS, R. — Heteroforias em medicina de aviação. Rev. Méd. Aer. Ano III.
- 18) WORTH e CHAVASSE — Keith Lyle — Squint. London, 1950.

SELEÇÃO DOS CASOS PARA O TRATAMENTO ORTÓPTICO (*)

DR. BARBOSA DA LUZ

Para selecionar precisamos, antes, identificar a ortóptica, pelos seus propósitos.

A que vem ela?

A nova especialidade está inteiramente ao serviço dos que cuidam de manter e aperfeiçoar a função visual no estágio de desenvolvimento com que ela se mostra na espécie humana, com os dois órgãos da percepção visual frontais e de eixos paralelos, possibilitando, assim, a visão binocular no seu desenvolvimento máximo.

Visão binocular perfeita é pois a finalidade de todo o trabalho da ortóptica.

A terapêutica da reeducação pelos treinos ou exercícios ortópticos está indicada a todos os casos onde já não exista a ortoforia, onde um obstáculo se interpõe e dificulta ou mesmo impossibilita a natural e harmoniosa colaboração neuro-muscular dos dois olhos.

Pretendendo dar um cunho objetivo a esta conversa vou fazer — valendo-me dêste gráfico do campo visual, — um rápido bosquejo do *binocularismo* tal como se apresenta na espécie humana, para a justa compreensão dêste tema, fundamental para o ortóptico.

Assim é que examinando-se o setor do espaço visto por um dos olhos, verificamos que o O.D. vê 90° à direita do ponto de fixação e 60° à sua esquerda. O O.E. vê 90° à esquerda do ponto de fixação e 60° à direita. Mas, dentro dos 180° do campo visual total, apenas 2/3 — 120° — 60° à direita e 60° à esquerda do ponto de fixação nos interessam no momento, porque formam o campo visual comum, onde os objetos nêle contidos são vistos, simultaneamente, pelos dois olhos.

(*) 3.^a palestra da "Semana da Ortóptica", promovida pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

É o campo da visão binocular. Os desarranjos dentro dêste campo constituem o assento principal da ortóptica.

A retina, mesmo no caso de superposição (ação motora) dos campos visuais poderá funcionar sinèrgicamente, ou não (ação sensorial) com a retina do outro olho. Para esta sinergia indispensável é porém: correspondência normal, visão central conjugada, fusão e projeção das imagens de acôrdo com a posição relativa dos olhos. Coisa bem diversa da visão monocular que é mais simples e elementar.

O conjunto das conexões nervosas de ambas as retinas com os centros neuro-motores oculares, individualizam um aparelho de precisão que vem a ser a base orgânica de todos os atos reflexos da visão. Êste aparelho compõe-se de uma parte motora: a *convergência*; de um ajuste que regula a nitidez da imagem: a *acomodação*; e de um dispositivo sensorial — liame das retinas à cortex — que recebe as impressões visuais, funde as imagens e as projeta no espaço.

A visão normal no homem, todos o sabemos, depende, à parte os reflexos posturais compensatórios, dos reflexos binoculares da fixação que são despertados, perifèricamente, ao receber as máculas e as áreas correspondentes das retinas, a excitação proveniente de um corpo iluminado no exterior.

Inicia-se, assim, o ato visual.

A parte motora coordena, de imediato, os movimentos oculares para conservar, durante todo o tempo que durar a excitação luminosa, a imagem do objeto sôbre elementos retinianos correspondentes, seja, mantendo o paralelismo dos eixos visuais quando o ponto luminoso está além de 5 ms. (p. remoto) seja imprimindo movimentos de convergência aos ditos eixos visuais, tôda vez que o objeto fixado se aproxima dos olhos (p. próximo).

A convergência dirigindo os eixos visuais sôbre o objeto fixado e mantendo a fixação à medida que êste se aproxima, garante a formação de suas imagens sôbre as respectivas fóveas, seja qual fôr a distância. Sem a convergência a V.B. seria impossível a uma distância finita.

Além dêstes reflexos, e a fim de que seja proporcionada imagem sempre nítida, a êles se vêm juntar os reflexos da acomodação e o dos movimentos pupilares, completando-se assim o funcionamento do aparelho acima descrito.

FORMAÇÃO DO APARÉLHO DA VISÃO BINOCULAR

— Este aparelho não surge de repente. O seu desenvolvimento se processa muito lentamente na criança: vai mais ou menos dos seis meses aos seis anos. O simples conhecimento dêste fato já nos indica como deve ser orientado o tratamento do estrabismo, e a necessidade do seu início precoce. Voltaremos a falar disso mais adiante.

A normalidade de todos êstes reflexos condiciona o *equilíbrio binocular*, consequência: 1.º) da adaptação no sentido transversal do campo visual ou superposição perfeita dos dois campos monoculares pela convergência; 2.º) da adaptação, no sentido da profundidade, para a nitidez dos contornos da imagem, pela acomodação; 3.º) da transmissão desta sensação ao cérebro, para a percepção.

Quando esta sinergia funcional deixa de existir, a dinâmica ocular neuro-muscular já não mais proporciona a visão de imagem única, no espaço, com as suas características tri-dimensionais. É que nos achamos frente à síndrome de fisiopatologia ocular denominada *desequilíbrio binocular*.

DIAGNOSE DOS DISTÚRBIOS DA VISÃO BINOCULAR

É a ortóptica, com os seus diferentes e engenhosos testes de seleção, que nos vai mostrar onde se deu a quebra do equilíbrio da visão binocular. Êstes testes servem para aferir, rapidamente, e com segurança, o tipo de *desequilíbrio binocular* que temos em causa.

Se, por exemplo, o distúrbio é, tão somente, de parte motora e, por isso, já não há a superposição dos campos monoculares, dentro do campo visual comum, com deslizamentos de um sobre o outro, mas o paciente ainda consegue recuperar a visão binocular à custa dos movimentos corretivos de fusão, é a Heteroforia.

Quando, de outra feita, verificamos, pelo teste que os campos monoculares se deslocam, o paciente não mantém e já não pode recuperar a visão binocular voluntariamente, e logo a seguir surgem as primeiras falhas no sensório retiniano cerebral, — é o Estrabismo.

Como vemos a diferença entre estas duas síndromes é tão somente quantitativa, se pusermos de lado as alterações sensoriais que o estrabismo acarreta.

Ao terminar êste teste dignóstico, temos registrado a acuidade visual monocular e binocular, a qualidade desta última, o grau de fusão a 5 ms. e a 33 cms. e a visão estereoscópica.

Estas duas síndromes, a heteroforia e o estrabismo, constituem a principal seara do ortóptico e a elas se destinam os nossos exercícios.

HETEROFORIA

A condição de equilíbrio instável dos músculos oculares extrínsecos, com a tendência que têm os olhos de se desviarem da posição normal, denomina-se heteroforia. O desvio é evitado pelo impulso da fusão mas por artifício do examinador, torna-se manifesto.

A causa determinante das heteroforias parece estar no fraco estímulo da fusão.

A indicação para os exercícios ortópticos nesta síndrome depende da sua etiologia.

1.º Heteroforias consequentes de alterações anatômicas dos músculos extrínsecos, imediatamente excluídos; não se beneficiam absolutamente com os exercícios, a não ser na hipótese de serem eles realizados no post-operatório.

2.º As Heteroforias provenientes de anomalias no reflexo acomodação convergência são, em geral, as que se beneficiam com os exercícios.

O hipermetrópe para obter a imagem nítida acomoda e converge em excesso, podendo sobrevir dêsse esforço, a heteroforia interna ou esoforia. O míope, ao contrário, não acomoda, não há pois o estímulo para a convergência, e pode sobrevir a heteroforia externa ou exoforia.

Os portadores de heteroforias dêstes dois tipos, beneficiando-se embora com os exercícios, não dispensam de nenhum modo, a correção do vício da refração.

As heteroforias verticais, puras, mais raras na clínica, sobretudo quando consequentes de paresias musculares, nada lucram com os exercícios.

Uma advertência importante na separação dos casos de heteroforia para os exercícios está em somente destinarmos a êste processo terapêutico os pacientes *que apresentam sinais de astenopia*.

A ortoforia é um conceito ideal, sendo a regra o desvio latente. Encontramos, frequentemente, desvios grandes que passam silenciosos, sem nenhum sintoma, enquanto heteroforias pequenas vêm acompanhadas de sintomatologia molesta para o paciente.

Como é óbvio, somente estes últimos casos devem merecer a atenção do ortóptico porque o tratamento da heteroforia é dirigido ao sintoma.

Nos casos de desvios latentes com indicação ortóptica, os exercícios devem ser ministrados imediatamente após o diagnóstico, porque entre todos os portadores de distúrbios da visão binocular o heterofórico é uma vítima, com o seu desconforto visual. É um verdadeiro neurastênico.

Sabendo-se que um portador de heteroforia alta pode ter visão confortável, desde que seja portador de uma fusão ampla, enquanto pacientes, com heteroforia leve, sofrem intensamente se a fusão é fraca, podemos concluir que o tratamento ortóptico das heteroforias consiste em ampliar ao máximo a sua capacidade de fusão, elevando, melhorando a sua visão binocular.

ESTRABISMO

Rigorosa seleção dos casos de estrabismo é indispensável antes de se iniciar qualquer tentativa de reeducação ortóptica.

Logo depois do teste-diagnóstico, vamos pondo de lado como absolutamente contra-indicados:

Os casos com grandes ambliopias ou anomalias consolidadas, em adultos;

Os casos com ausência de fusão, em desvios que tiveram início no primeiro ano de vida;

Os casos com desvio maior de 35° (impossibilidade do aparelho);

Os estrabismos verticais puros.

Uma análise da possibilidade de cura pela reeducação deve ser feita cuidadosamente, verificando-se bem se há, com efeito, indicação formal para o tratamento, ou ainda, como querem alguns, prescrevendo-se os exercícios tão somente aquêles pacientes com bom prognóstico.

Bastariam as razões de ordem econômica para justificar um tal procedimento.

Para melhor método de nossa exposição, vamos nos orientar pela classificação de Miss PUGH (modificada) onde os estrábicos aparecem distribuídos nos seguintes grupos:

- 1.º grupo com defeitos físicos
- 2.º grupo com vícios de refração
- 3.º grupo com defeitos de fusão

No primeiro grupo, se o defeito é da retina ou nos meios transparentes nenhuma melhora é possível; se o defeito é, porém, muscular, a cirurgia terá que restabelecer a posição normal e os exercícios serão aplicados, posteriormente.

No segundo grupo, os estrábicos são, sempre, portadores de vícios de refração, por vêzes bem consideráveis, têm alguma visão binocular mas a sua principal característica é a ametropia. Nêle se incluem os *Acomodativos*, com vício de refração alta e desvios que, em geral, desaparecem com a correção óptica e se subdividem em *monoculares e acidentalmente alternantes*.

Os estrabismos acomodativos reagem muito favoravelmente aos exercícios. Depois da correção do vício de refração é muito útil consolidar, pelos treinos, a normalidade dos reflexos da visão binocular.

Os estrábicos do terceiro grupo têm características bem definidas: iniciam-se precocemente, com pequeno e, às vêzes, nenhum vício de refração com fusão sempre defeituosa e os óculos não modificam o desvio (estrabismos tônicos) ou quando o fazem é sempre num grau mínimo (estrabismos de inervação). Incluem-se, ainda, neste grupo os estrabismos *essencialmente alternantes*. Ao contrário dos estrabismos do segundo grupo que podem apresentar na sua evolução diplopias passageiras, os do terceiro grupo nunca se referem a êste sintoma que é, desde logo, evitado por um dos dois recursos seguintes: pela neutralização da imagem, ou pelo desenvolvimento de correspondência anômala.

Quando a neutralização é confiada sempre ao mesmo olho, êste se torna âmbliope. Se cada olho neutraliza por sua vez, é o estrabismo essencialmente alternante.

Os estrábicos dêste grupo reagem mal aos exercícios.

A indicação para êles, em primeiro lugar, é a cirurgia precedida sempre de alguns treinos destinados a provocar o *desejo de fusão*, principalmente quando há marcada supressão; e outras tantas séries de treinos específicos para a remoção de anomalias acaso existentes. Depois da retificação dos eixos pela cirurgia, nova série de exercícios.

O tempo e a soma de trabalho necessários à cura destes casos, não se compara com o dos acomodativos, mas a visão binocular também aqui pode ser restaurada com paciência e perseverança.

Resumindo: para o primeiro grupo, exercícios só depois da cirurgia; para o segundo grupo, exercícios mais óculos, dispensando a cirurgia; para o terceiro grupo, exercícios preparatórios mais cirurgia mais exercícios de consolidação.

AMETROPIAS

Não são, porém, estas duas síndromes as beneficiárias exclusivas da reeducação. Graças ao aperfeiçoamento técnico dos modernos aparelhos ortópticos, podemos, também, valendo-nos de exercícios especiais, atuar sobre o músculo ciliar que, como sabemos, é o órgão da acomodação. Hoje está estabelecido, é do domínio da ortóptica a investigação da causa do mecanismo de algumas ametropias.

Desde que pelos testes de seleção podemos observar o comportamento do músculo ciliar e aferir o seu potencial de acomodação e desacomodação, aconselhável se torna ao oculista, ao fazer refratometria na criança e no moço, pedir os conselhos do ortóptico sobre a dinâmica da acomodação antes da simples prescrição de lentes, certas, sem dúvida, dentro do conceito clássico, mas um tanto anacrônicas na era da ortóptica.

Hipermetropia na criança, certas formas de miopia, presbiopia incipiente, hoje, são compatíveis com a visão confortável, sem óculos, com os treinos de recuperação visual.

FATORES GERAIS

Para se evitar o descrédito do tratamento ortóptico é indispensável a seleção rigorosa dos casos curáveis.

Os exercícios dão-nos a possibilidade de restabelecer a visão binocular. A capacidade do indivíduo, porém, para colaborar e desenvolver a visão binocular perfeita está na dependência de vários fatores de ordem geral que vamos examinar.

IDADE

A importância deste fator é relativa conforme se trate de ametropia, heteroforia ou estrabismo.

Tem importância fundamental no estrabismo. A idade da criança e a sua relação com a duração do desvio é decisiva para orientar o prognóstico.

Favorável o estrabismo que aparece no terceiro e quarto ano, é sempre mau quando teve início no primeiro ano, sugerindo que nunca teve visão binocular e provavelmente nunca a terá, a menos que, também, o tratamento seja precoce. Aliás esta é uma norma geral que merece a maior divulgação: *“o tratamento do estrabismo deve começar no próprio dia em que ele se manifesta.”*

Antes do terceiro ano não é possível ainda tratamento ortóptico propriamente, mas o treino visual e a utilização de várias medidas de proteção contra as anomalias, pode ser feita a partir dos dois anos: atropinização, oclusão.

A idade dos pacientes que se destinam aos exercícios para a correção de ametropias serve-nos como um guia indicando-nos previamente, as possibilidades normais do músculo ciliar, e o quanto poderemos dêle obter para o restabelecimento da visão defeituosa.

No que toca aos heterofóricos, a idade tem pequena significação: a síndrome é da idade madura, geralmente, e os treinos se destinam aos músculos extrínsecos que podem ser reajustados à função, independente da idade dos pacientes.

HEREDITARIEDADE

Qualquer instabilidade, anormalidade do sistema nervoso, atrazo ou simples deficiência mental, bem assim qualquer anomalia ocular congênita, constituem obstáculos definitivos aos exercícios ortópticos.

SAÚDE GERAL

Antes de aconselhar a reeducação visual, uma revisão da saúde geral é indispensável, quer se trate de adultos ou crianças, estas principalmente. Crianças sub-nutridas, fatigando-se com facilidade, com baixa resistência às infecções banais, adenoidianos etc. são péssimos candidatos aos exercícios ortópticos.

FATORES PSICOLÓGICOS

No estrabismo de crianças — o estrabismo, com efeito, só interessa ao ortóptico quando o paciente é criança menor de sete anos —

cada paciente é quase sempre um problema psicológico, que precisa ser analisado. O estrábico se acompanha de tais problemas por duas razões: Primeira — pelo transtorno neuro-psíquico, consequência da perda da visão binocular; segundo — pelo complexo resultante do defeito aparente. Nestes casos o ambiente familiar, a personalidade da criança, a sua atitude e procedimento, em casa e na escola, junto de outros meninos, deve ser observada.

O estrabismo em criança precisa ser curado o mais cedo possível, já por ser mais fácil recondicionar os reflexos binoculares, como também para evitar-se, tão rápido quanto possível, a ação nociva que a deformidade acarreta ao desenvolvimento mental da criança, criando os irremovíveis complexos.

Temos notado como interfere, decisivamente na mudança do caráter e do comportamento de certos pacientes — adultos e crianças — a cura dos seus desvios oculares. A ortoforia renascente faz resurgir uma personalidade inteiramente nova, vigorosa, alegre, sadia.

Por essa circunstância devemos considerar o treino ortóptico não como um tratamento para os olhos apenas, senão como um agente capaz de restaurar, reintegrando para a vida, toda uma nova personalidade.

Para a observação destes problemas psicológicos consequentes do estrabismo, tem todo tempo e vagar o técnico ortóptico. O seu contacto continuado com as pessoas da família do estrábico, permite-lhe a observação dos erros e desacertos praticados no meio familiar e a grande possibilidade de corrigi-los com pequenos conselhos, diluídos em conversa, no decorrer de toda a cura ortóptica.

Entre os fatores gerais que contribuem para o êxito da reeducação visual, deve incluir-se o tipo de cooperação que paciente e família poderão dar às nossas instruções, seja no que diz respeito à frequência aos exercícios, determinação em executar as tarefas domiciliares, confiança nos nossos métodos e perseverança em executá-los.

O PAPEL DA ORTÓPTICA

O grande valor da ortóptica está no seu ecletismo. Hoje não podemos, de nenhum modo, compreender, ao se preconizar o tratamento de desvios oculares, que ainda se estabeleça a alternativa fatal: exercícios ou cirurgia. Nada é menos verdadeiro: tudo é ortóptica, desde que concorra para a visão perfeita.

Os treinos ou exercícios são indispensáveis para completar a ação dos óculos ou da cirurgia. Porque visão binocular não é a simples retificação dos eixos visuais. Conseguida esta é indispensável os treinos ou exercícios ortópticos no sentido de restaurar a visão binocular.

E esta restauração há de ser obtida dentro do seguinte roteiro:

- 1.º) garantindo a melhor acuidade visual (refração, oclusão, treino visual);
- 2.º) restabelecendo a correspondência normal das retinas;
- 3.º) consolidando o equilíbrio binocular pelo condicionamento dos reflexos;
- 4.º) elevando ao máximo a amplitude de fusão, garantindo a percepção do relêvo ou visão estereoscópica.

O tratamento ortóptico moderno, dispondo da aparelhagem eficiente que a técnica nos proporciona, deixou de ser a “utopia de teóricos” como era chamada pelos seus detratores.

Compreendemos muito bem o desencanto das palavras de JAVAL, ao terminar o seu “Manual do Estrabismo”, êsse trabalho genial, alertando os seus continuadores de que: “para levar a bom termo *certas curas* era necessário tempo e paciência muito acima da capacidade humana.”

Hoje não temos mais o direito de um tal pessimismo, porque uma rigorosa seleção dos candidatos à reeducação ortóptica, baseada nas condições sensoriais retinianas, já nos indica, desde as primeiras sessões, — onde se analisa a extensão do distúrbio motor e sensitivo — já nos indica quais aqueles portadores de síndromes binoculares que devem merecer, sem exceder o limite da capacidade humana, o nosso tempo e a nossa paciência.

Seguiu-se a projeção de fotografias de vários casos de estrabismo, operados no Departamento Ortóptico da Clínica Paulo Filho, comprovando-se o feliz resultado dos métodos ortópticos na cura dos desvios oculares.

A AUXILIAR TÉCNICA EM ORTÓPTICA

P. MOACYR DE AGUIAR

No momento em que a prática ortóptica desperta entre nós interesse crescente e aumenta a procura de auxiliares técnicos em condições de cooperar com os oftalmologistas e com os serviços hospitalares, é oportuno analisar o problema da "Técnica em ortóptica", o elemento básico da clínica de reeducação binocular de moldes clássicos.

Estamos, agora, no Brasil, em posição ideal para criar uma organização ortóptica modelo: já há, aqui, suficiente experiência para permitir a difusão de conhecimentos técnicos adequados colhidos em boa fonte e sedimentados em anos de prática; há sadio interesse da classe médica e perfeita cooperação por parte dos doentes e seus responsáveis; há, ao lado disto, a experiência alheia; no exterior, a nos mostrar o que deu certo, em organizações desse tipo, e o que lhes foi prejudicial, o que devemos fazer e o que convém evitar. Neste particular já há quasi 3 décadas de experiência ortóptica.

Realmente, foi por volta de 1925 que Miss Maddox, filha do eminente oftalmologista inglês Ernest Maddox começou a cooperar com os médicos do Royal Westminster Ophth Hospital no tratamento do estrabismo pelo método idealizado por JAVAL e que WORTH vinha advogando, em Londres, desde o princípio do século. Seu exemplo frutificou e outras moças se juntaram a ela numa organização que se estende, hoje, por toda a Grã-Bretanha, contando com cerca de 350 (*) técnicas diplomadas, em ativo e profícuo trabalho e com dezenas de outras em aprendizado intensivo em 15 escolas de especialização.

A Grã-Bretanha deve a sua situação de líder do movimento ortóptico mundial principalmente a esta sua organização de técnicas.

(*) Vide relação nominal nos diversos números do «The British Orth Jr.»

Já havia sido provada a viabilidade da reeducação nos distúrbios binoculares. O pequeno número de moças que seguiu Miss Maddox trouxe mais que uma simples colaboração ocasional aos médicos: trouxe a solução para o problema do tratamento ortóptico, *na prática*. A ortóptica, na Grã-Bretanha, nasceu organizada: daí o seu sucesso. Os médicos compreenderam bem que o problema reeducacional podia, e devia, ser separado das demais medidas terapêuticas estritamente médicas. Que um grupo de auxiliares dedicando-se exclusivamente à tarefa de reeducar as perturbações binoculares poderia, se adequadamente *selecionado e preparado*, adquirir um alto grau de eficiência profissional.

Nos Estados Unidos um movimento idêntico ao das Ilhas Britânicas iniciou-se em 1932 com Miss Elizabeth Stark no 5 th. Avenue Hospital de Nova York. Um Conselho Americano de Ortóptica foi organizado em 1938 e a Associação de Técnicas em Ortóptica, em 1940. (1) Deste movimento resultou até fins de 1951 a diplomação de cerca de 150 (*) técnicas. Na Austrália, para citar apenas mais um exemplo, (**) a organização do mesmo tipo contava, já em 1948, com 39 membros ativos, além de 10 outros membros honorários.

Além desses grupos organizados, em contacto e colaboração estreita com a classe médica, da qual recebem orientação e diretrizes, existe uma infinidade de outras pessoas exercendo atividades ortópticas. É um grupo polimorfo, este: compreende, desde os médicos que, sem qualquer preparo especializado nesse particular, compram e põem em uso a aparelhagem ortóptica, até as simples atendedoras e auxiliares de enfermagem. Nos países em que a profissão de optometrista é regulamentada, muitos deles fazem também ortóptica, sem manter relação, porém, com as técnicas e com os serviços médico-hospitalares.

Por outro lado, muitos médicos têm se especializado, realmente, em ortóptica e se encarregam de todo o trabalho que na organização de moldes clássicos é desempenhado pelas técnicas não formadas em medicina. Seguem o exemplo de WORTH, que além de oftalmologista renomado, sempre se dedicou à prática de reeducação binocular e também o de Miss Pugh, médica inteiramente devotada à ortóptica.

(*) Vide relação nominal no 1.º vol. «The Amer. Orthop. Jr.»

(**) «Orthoptic Assoc. of Australie» — in The British Orth Jr. 5:16-17 (1948).

A grande dificuldade para que esse tipo de solução se generalize está em se conseguir número suficientemente grande de médicos interessados na ortóptica a ponto de renunciar, pelo menos durante grande parte do dia, às múltiplas atividades inerentes à sua profissão para se dedicar apenas ao paciente e delicado trabalho de reeducação binocular. Pode-se dizer, pois que este modo de resolver o problema, ideal quando o médico reúne as qualidades individuais necessárias e o preparo técnico indispensável, é, no entanto, de exceção. É preciso deixar bem claro que, sómente é solução ideal aquela na qual o médico, *especializado*, desempenha, *ele mesmo*, as tarefas de reeducação binocular e de exame. Ao contrário desta conduta, a que é mais desastrosa para a ortóptica é aquela na qual o médico, assoberbado por outros afazeres profissionais, vai deixando gradativamente nas mãos de auxiliares não qualificados etapas importantes do tratamento. Estes auxiliares podem adquirir, com o tempo, habilidade suficiente no manejo dos instrumentos, mas se lhes falta o preparo básico indispensável nada conseguirão de útil em matéria de recuperação funcional.

No entanto, a necessidade de um auxiliar é real. A maior parte dos oftalmologistas não pode, sem grande transtorno para a sua clínica, atender, ele mesmo, a um número apreciável de casos para reeducação binocular. É preciso não esquecer, porém, que esse tipo de tratamento constitui um problema altamente especializado, no qual o elemento fundamental de sucesso não é nem a aparelhagem, nem os requisitos que servem para distinguir um bom oftalmologista. É essencial, a quem se dedicar à ortóptica, a aquisição de conhecimentos teóricos especializados e uma grande e bem orientada prática em serviço de reeducação binocular. A reeducação ortóptica não é tarefa simples. Há tempos, estudando o problema, frizei ⁽²⁾ as suas dificuldades: “Existem exercícios apropriados para cada caso ou eventualidade, mas não existem regras fixas e imutáveis... Ao contrário, o tratamento ortóptico é, antes de tudo, um tratamento individual. Aqui se emprega, com toda a força do seu significado o velho aforisma da medicina: não existem doenças, existem doentes. Cada caso é um problema diferente que deve merecer tratamento próprio adaptado às condições individuais. As dificuldades de ordem técnica surgem a cada passo. Elas têm constituído mesmo, historicamente, o mais sério obstáculo à divulgação rápida e generalização das práticas ortópticas em todo o mundo. Só existe um meio de superá-las: conhecimento técnico adequado.

Vale aqui frizar o perigo das soluções simplistas em matéria de educação ortóptica. LANCASTER ⁽³⁾ que por quasi 60 anos estudou e impulsionou os estudos sobre motilidade ocular, dava em 1946 seu testemunho altamente valioso. Depois de se referir à existência, na América, de técnicas perfeitamente treinadas, dizia ele: “No entanto, não há restrição legal limitando a prática da ortóptica e na maioria das vezes esta é executada por optometristas, enfermeiras, atendentes e médicos. Muito frequentemente o tratamento consiste no uso de aparelhos mais ou menos complicados, de máquinas automáticas que eles aprendem a manejar com os próprios vendedores desses instrumentos. O paciente comparece diariamente ao consultório é posto defronte de um desses aparelhos, ou recebe algumas figurinhas para ver em um estereoscópio. De reeducação propriamente dita, real e efetiva, há muito pouco, pois o operador possui vagas idéias, muitas vezes errôneas, do que apresenta o paciente de anormal e do modo como isso poderá ser corrigido”. Testemunho semelhante foi dado por Miss BILLINSHURST, ⁽¹⁾ referindo-se à mecanização da ortóptica em alguns setores oftalmológicos americanos: “... há muitos instrumentos manufaturados na América. A maioria possui dispositivos mecânicos e é baseado no princípio do estereoscópio. A característica comercial mais importante parece residir na possibilidade de deixar o paciente só, cuidando do seu próprio tratamento, enquanto observa figuras em movimento, para a frente e para traz, para cima e para baixo, ou fazendo círculos. Muitos oftalmologistas compram um ou mais desses instrumentos para o seu consultório e disso resulta a triste história de médicos potencialmente interessados no assunto, perderem sua fé na ortóptica. Estes oculistas não somente cometem o engano de acreditar que suas já atarefadas secretárias ou enfermeiras podem supervisionar este tratamento — e geralmente essas auxiliares não conhecem, nem mesmo elementarmente, o problema ortóptico — como também partem da falsa idéia de que o tratamento consiste num fortalecimento mais ou menos passivo da musculatura ocular e não numa reeducação de processo cerebral. Naturalmente o sucesso é pequeno ou nulo e o instrumento é deixado a se estragar num canto qualquer, o que é lamentável, pois muitos desses aparelhos podem ser altamente úteis se empregados com propriedade”.

A técnica ortóptica necessita, pois, especialização. Mas isto só não basta. Precisa também de colaboração. É indispensável ao perfeito funcionamento do serviço ortóptico, que a técnica possa contar

sempre com a colaboração do oftalmologista nas questões médicas que surgem a cada passo. É novamente LANCASTER (4) quem confirma esta assertiva: "A organização ideal, o objetivo que toda a técnica ortóptica deve ambicionar, é a aliança com um ou com um grupo de oftalmologistas na qual cada um desempenhe sua tarefa e onde haja constante e completa cooperação". Estas palavras, proferidas em reunião da American Association of Orthoptic Technicians mereceram destaque especial nos comentários que se seguiram. Miss FISHER (5) observou: "O oftalmologista está à disposição, pessoalmente, para analisar cada fator e a necessidade de continuação do tratamento. Sob tal arranjo não pode haver mal interpretação de resultados, entre o oftalmologista e a técnica". E Mrs. LUCIA NUGENT: (6) "Estou certa que nós todas concordamos que as relações entre o oftalmologista e a técnica, devem ser as que o Dr. LANCASTER recomenda". E mais enfaticamente: "O oftalmologista estará em desvantagem sem o uso da ortóptica e a técnica está desamparada sem o oftalmologista".

É necessário, pois, para eficiência da organização ortóptica, muito mais que uma simples relação formal entre os dois elementos encarregados do tratamento: É necessário contacto pessoal, permanente, íntimo, com troca leal e franca de opiniões e dados técnicos que se completam. São tão intrincados, tão unidos, os problemas da alçada exclusivamente da técnica e os dependentes do oftalmologista que é difícil compreender como poderá ser eficiente um serviço na qual a técnica trabalha isolada, ou quasi isolada, comunicando-se com o médico apenas por meio de relatórios escritos, tal como o médico e o farmacêutico ou o laboratório e o médico.

Além de inúmeros outros inconvenientes, os relatórios escritos nem sempre esclarecem bem. P. ex. um relatório ortóptico com expressões como esta: "No sinoptóforo; ângulo objetivo + 20° D/E; ângulo subjetivo; + 3°; Luzes de WORTHS vê 5 luzes..." quase nada esclarece à maioria dos oftalmologistas, não direi só do Brasil, mas de qualquer centro oftalmológico. São expressões que fogem à rotina de nossa terminologia; referências a aparelhos também estranhos à nossa prática diária.

Num grande serviço o planejamento descrito por OWENS, (7) em 1948 e introduzido por ele no Wilmer Institute é mais completo e permite a difusão dos conhecimentos ortópticos entre todos os oftalmologistas desse serviço: um oftalmologista, bem experimentado, permanentemente; as técnicas ortópticas; os outros oftalmolo-

gistas de Hospital, trabalhando em rodízio, 3 de cada vez. Este conjunto formando a Clínica de Motilidade Ocular, trabalhando sempre unido, discutindo cada caso pormenorizadamente, revendo periodicamente cada doente em tratamento... OWENS observa: "Este método de discussão conjunta na "Motility Clinic" nos tem parecido muito melhor que a prática anterior de enviar os pacientes a uma clínica ortóptica separada. Muitas vezes os médicos ao enviar os pacientes a uma clínica ortóptica têm pouca idéia dos objetivos, métodos e problemas da técnica ortóptica. Por outro lado, as técnicas, algumas vezes perdem a visão do problema do estrabismo no seu sentido mais amplo e, num intenso e persistente esforço de corrigir alguma fase das anomalias sensoriais, ocasionalmente submetem os pacientes a tratamento ortóptico desnecessariamente prolongado."

Logo no início destes comentários assinalei que o elemento básico da organização ortóptica de moldes clássicos é a auxiliar técnica. Realmente. A ela compete a tarefa essencial da reeducação. Da eficiência da reeducadora resultará uma cura brilhante ou uma grande soma de sacrifícios perdida; curas rápidas ou casos crônicos que se arrastam indefinidamente, sem solução; crédito para a ortóptica e para o médico responsável pelo doente, ou descrédito para ambos. É preciso, pois o maior cuidado na formação e seleção das auxiliares técnicas. Tão importante quanto o preparo, teórico e prático, da técnica, é a seleção de candidatas ao desempenho deste mistér. O "standard" de educação básica a se exigir das candidatas deve ser, obrigatoriamente, elevado. É preciso que se compreenda esta necessidade fundamental e que não se admita de forma alguma, em serviço dessa natureza, pessoas sem, pelo menos, o curso científico completo ou preparo básico equivalente. Há muitas razões para essa exigência. A técnica ortóptica terá que adquirir, no curso de seu aprendizado, conhecimentos de óptica, de fisiologia, de anatomia, mesmo de psicologia e de pedagogia, e isto não será possível se não possuir um determinado nível de preparo intelectual. Mais tarde precisará, já no exercício de sua profissão, tomar decisões da mais alta importância, em questões nas quais pouco ou nada poderá ser ajudada pelo oftalmologista e, assim, deverá estar perfeitamente preparada para isto. Além disso, é preciso notar que a quasi totalidade da literatura sobre ortóptica — duas revistas especializadas, vasta literatura esparsa em revistas de oftalmologia, mais de uma dezena de bons livros — vêm em língua inglesa, o que torna obrigatório o conhecimento desse idioma por quem for se dedicar a essa especialidade.

Transigir nesse ponto, admitindo candidatas sem preparo básico elevado, é comprometer o bom nome da ortóptica. LANCAS-TER ⁽⁸⁾ assinala: "Treinamento para enfermagem, serviços de secretaria ou de laboratório não constituem boa base para a ortóptica. Mas os professores em geral ou aqueles que se especializaram em psicologia, ou que têm experiência no trato de criança de jardim de infância, levam vantagem mesmo sobre os diplomados em optometria ou medicina. E, noutro ponto: "Inteligência medíocre não brilhará em ortóptica."

Quanto ao curso de formação, propriamente dito, assinala aquele mestre a importância de se incluir, o estudo de psicologia e de didática elementar.

O aprendizado para a técnica em ortóptica se divide em duas partes principais: o preparo médico oftalmológico e o preparo técnico ou ortóptico propriamente dito. A duração desse aprendizado não deverá ser inferior a um ano, com pelo menos seis meses de treinamento prático intensivo. Na Grã-Bretanha, desde fins de 1947 o curso de formação é de 2 anos tendo sido inicialmente de 6 meses ⁽⁹⁾ e passado logo a um ano. Já se pensa em prolongar o curso para 3 anos "colocando o treinamento em bases universitárias". Considerando, porém, as condições atuais da ortóptica no Brasil, não creio ser possível, no momento, aspirar um padrão tão alto de treinamento. Mais de 200 eficientes técnicas britânicas formadas no regimen do curso de um ano mostram ser este um período suficientemente bom de treinamento.

As técnicas em ortóptica devem, a meu ver, ser preparadas em serviços ortópticos já em funcionamento normal, isto é, em serviços com pessoal habilitado e com frequência de doentes suficientemente boa para o aprendizado técnico. Ninguém pode ensinar a prática daquilo que não sabe. Portanto, os professores de ortóptica não podem ser improvisados. Os atuais serviços ortópticos são as escolas de ortóptica naturais; umas em funcionamento, outras apenas em potencial. Por isto, não vejo razão em se recomendar que a responsabilidade na formação das técnicas em ortóptica deva ser exclusivamente das nossas Escolas de Medicina, pois a maioria delas não possui Serviço Ortóptico e, por outro lado, muitos Serviços Ortópticos não estão filiados a nenhuma Escola de Medicina. Aquela limitação impediria que a experiência acumulada nestes serviços fosse útil àquelas pessoas interessadas no desenvolvimento da Ortóptica no Brasil.

Discute-se muito, principalmente na América, mas também na Inglaterra, a vantagem ou não de se ampliar as atribuições da técnica em ortóptica, ensinando-lhe outras tarefas técnicas, principalmente as de exame da motilidade ocular para fins neuro-oftalmológicos (tarefa que foge, evidentemente, da alçada da ortóptica) e do exame do Campo Visual. São exames demorados e que, em geral, perturbam a rotina de trabalho do oftalmologista. LANCASTER não perdia oportunidade para frizar a absoluta diferença entre a ortóptica e estas funções. — Os comentários de DUTHIE, ⁽¹⁰⁾ lidos na British Orthoptic Soc. em 1945 merecem ser lembrados: "...deverão elas (as técnicas) praticar ortóptica somente ou deverão aprender a participar em outros ramos da oftalmologia, tais como refração e perimetria? De fato, muitas pessoas são capazes de executar eficientemente diversos trabalhos de uma só vez; outras não o conseguem. Pode-se argumentar, por exemplo, que um cirurgião pode exercer a sua arte em diversas partes do organismo — cérebro, abdomen, olhos, pescoço, ossos, garganta, etc. Mas fará eles estas operações com a mesma eficiência daqueles que se especializam apenas em um ramo deste trabalho. Eu não creio que ele o faça; eu não creio, também que a técnica ortóptica tenha tempo para fazer mais de um trabalho eficientemente; portanto, sou contrário à sua participação ativa em outros ramos da oftalmologia".

Esta a opinião de oftalmologista inglês, com a qual eu concordo inteiramente.

Feitas estas considerações desejo frizar os seguintes pontos:

1.º — A experiência em outros países tem demonstrado o absoluto insucesso dos "tratamentos" puramente instrumentais ou feitos por quem não tenha habilitação ortóptica — real, prática, efetiva;

2.º — É necessário formar técnicas em ortóptica para atender às crescentes necessidades hospitalares e dos oftalmologistas particulares: é esta a mais fácil das duas únicas soluções seguras para o problema da reeducação ortóptica em larga escala;

3.º — Já há, no Brasil, suficiente experiência em reeducação binocular para permitir um bom preparo destas auxiliares;

4.º — Para que as nossas técnicas possam ter um rendimento de alto nível, é necessário:

a) Seleção cuidadosa.

b) Preparo teórico racional.

c) Prática intensiva e prolongada em *Serviço Ortóptico*.

d) Colaboração íntima e constante com o oftalmologista: os dois trabalhando no mesmo serviço, de modo que possam estar sempre à disposição um do outro para a discussão dos problemas comuns, pois os seus conhecimentos se completam.

REFERÊNCIAS

- (1) L. B. BILLINGSHURST — The British Orth. J. 3:30-33 (1945).
- (2) P. MOACYR AGUIAR — Rev. Med. Bras. 24:58-74 (1948).
- (3) W. B. LANCASTER — J.A.M.A. 130:407-411 (1946).
(reimp.: The British Orth. Jr. 4:21-29 (1947).
- (4) W. B. LANCASTER — The Amer. Orthop. Jr. 1:3-13 (1951).
- (5) R. FISHER — The Amer. Orthop Jr. 1:13 (1951).
- (6) L. NUGENT — The Amer. Orthop Jr. 1:14 (1951).
- (7) W. C. OWENS — Amer. Jr. Ophth. 31:1297-1301 (1948).
- (8) W. B. LANCASTER — Amer. Jr. Ophth.
- (9) L. B. BILLINGSHURST — Informação pessoal.
- (10) O. M. DUTHIE — The British Orth Jr. 3-13-19 (1945).